



¿Qué hace el Departamento de Atención Administrada de la Salud?

El Departamento de Atención Administrada de la Salud protege a los pacientes de HMO haciendo cumplir enérgicamente las leyes de derechos de los pacientes de California, que son las de mayor alcance del país. Hemos emitido multas y sanciones de millones de dólares contra HMO que violan la ley. También nos esforzamos para hacer que el sistema sea más sano y más estable.

¿Qué hace el Centro de Ayuda con las HMO de California?

El Centro de Ayuda con las HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud ayuda a los consumidores con problemas de atención de la salud, brinda remisiones a organizaciones comunitarias y a otras organizaciones gubernamentales y responde a las preguntas de los consumidores.

El Centro de Ayuda con las HMO "ha demostrado ser eficaz en la resolución de problemas y quejas de consumidores".

The San Francisco Chronicle, 28 de enero de 2001.

La misión del Centro de Ayuda con las HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud es:

- + Instruir a los consumidores sobre los derechos vinculados a la atención de la salud.
- + Asegurarse de que todos los consumidores reciban la atención médica y los servicios a los que tengan derecho.
- + Asegurarse que los planes de salud aborden las quejas de los consumidores en forma adecuada y oportuna.



Centro de Ayuda con las HMO de California

Dirección postal:
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814

Llamada sin cargo

1-888-HMO-2219

TDD

1-877-688-9891

Fax

916-255-5241

www.hmohelp.ca.gov



Estado de California
Arnold Schwarzenegger
Gobernador

Revisión Médica Independiente

¡Los médicos indican a las
HMO lo que tienen que hacer!



¿Qué es una revisión médica independiente IMR?

El programa de revisión médica independiente es una manera de apelar denegaciones de atención por parte de su HMO a médicos y otros profesionales de la salud que no formen parte de su HMO.

Básicamente, en las IMR los médicos les indican a las HMO lo que tienen que hacer. El Centro de Ayuda con las HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud está a cargo de este importante programa gratuito, así que llámenos si le parece que su caso merece una revisión.

¿Quiénes cumplen con los requisitos para una revisión médica independiente?

Los californianos inscritos en una HMO u otros planes de atención administrada de la salud tienen derecho a que ciertas decisiones de una HMO sean revisadas por un perito médico que no pertenezca a la HMO ni al plan de salud del paciente.

Las revisiones médicas independientes proporcionan una revisión imparcial de las decisiones médicas realizadas por una HMO o un plan de salud vinculadas a:

- + Servicios denegados, demorados o modificados por una HMO, el plan de salud o uno de los proveedores contratado por ellos por considerar que el servicio no es "médicamente necesario"
- + Denegaciones de atención de trastornos médicos graves o que amenazan la vida por considerar que el tratamiento tiene carácter experimental o de investigación
- + Reembolso de servicios médicos de emergencia o de urgencia que un proveedor determinó que eran médicamente necesarios
- + Reembolso de servicios de atención de la salud "médicamente necesarios" si el contrato del plan de salud del inscrito no requiere autorización antes de que el inscrito reciba los servicios de atención de la salud



¿Cuánto me costará una revisión médica independiente?

¡Nada! No debe pagar ningún cargo por la revisión médica independiente ni por los servicios que presta el Centro de ayuda con las HMO.

¿Cuánto demora una revisión médica independiente?

Por lo general se completan dentro de un plazo de 30 días. Si existe una necesidad médica urgente, nos esforzaremos por asegurar que tome entre 5 y 9 días.

¿Cómo toman una decisión los revisores médicos independientes?

Los revisores son médicos y otros profesionales de la salud que no tienen ningún interés financiero en su HMO, plan de salud o médico. Su decisión se basa únicamente en las cuestiones médicas involucradas en su caso.

Antes de tomar una decisión, los revisores consideran sus datos médicos, las cartas de denegación y quejas de la HMO o del plan de salud, la documentación de apoyo de su médico y otros documentos apropiados.

¿Qué ocurre una vez que se ha tomado una decisión en la revisión médica independiente?

Usted y su HMO o plan de salud reciben una copia de la decisión y el Departamento requerirá que su HMO o plan de salud cumpla con dicha decisión oportuna y plenamente. Nos respalda la fuerza de la ley, de manera que si su HMO o plan de salud no cumple, notifíquenos inmediatamente para que podamos tomar las medidas correspondientes.

¿Quiénes pueden tener acceso a información sobre mi trastorno o tratamiento médico?

La ley de California protege la confidencialidad de sus datos médicos y de su nombre.

Sólo la HMO o el plan de salud, los revisores independientes y algunas personas en el Departamento tienen acceso a esa información.

¿Quiénes *no* cumplen con los requisitos para una revisión médica independiente?

Si no califica para una IMR (Revisión Médica Independiente), es posible que igual pueda presentar una queja formal ante el Centro de Ayuda con las HMO, que se halla descrito en otro folleto. No califican para una IMR:

- + Los beneficiarios de **Medicare**; tienen que ponerse en contacto con Medicare, llamando al 1-800-633-4227 y solicitar una apelación.
- + Los que reciben **Medi-Cal** de honorarios por servicio; tienen que llamar al Departamento de Servicios de Salud, al 1-888-452-8609 y solicitar una apelación.
- + Los inscritos en atención administrada de la salud de **Medi-Cal** que presentaron solicitud para, o completaron el proceso de, una Audiencia Equitativa. Esta audiencia de apelación es mediante el Departamento de Servicios de Salud.
- + Los inscritos en un plan de autoseguro o un plan **ERISA**; ellos no están sujetos a reglamentaciones estatales.
- + Los inscritos que estén disputando un reclamo de **compensación del trabajador**.

